

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

М. А. Капитальян, В. Ю. Шаповалов, О. Б. Тымчук, В. В. Павлишин, А. А. Тимуш

Одесский государственный медицинский университет,
Военно-медицинский клинический центр Южного региона, г. Одесса

РЕФЕРАТ

С 2001 по 2008 г. оперированы 4863 больных по поводу различных форм калькулезного холецистита. Интраоперационная холангиография (ИХГ) во время выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) проведена у 266 (5,9%) больных, у 12 — выявлен микрохоледохолитиаз, не диагностированный до операции. ИХГ рекомендуем выполнять по строгим показаниям с использованием калибровочного катетера, предпочтение отдавать методу с применением электронно—оптического преобразователя (ЭОП).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; холедохолитиаз; лапароскопическая холецистэктомия; интраоперационная холангиография.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — одно из наиболее распространенных заболеваний в мире, ее частота составляет до 15% среди взрослого населения [1 — 4]. В 10 — 20% наблюдений патологический процесс распространяется за пределы желчного пузыря (ЖП) [7, 9]. Холедохолитиаз выявляют у 6 — 15% пациентов с ЖКБ [5 — 7]. Ранее в целях диагностики выполняли внутривенную холецистохолангиографию, однако с внедрением современных методов диагностики от нее отказались. Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет определить диаметр общего желчного протока (ОЖП), предположить наличие холедохолитиаза, магниторезонансная томография — моделировать холангиографию, однако и эти методы в настоящее время несовершенны [8 — 11].

С момента выполнения первой ИХГ (Мирицци, 1937) продолжается дискуссия об обязательности ее применения во время выполнения холецистэктомии. ЛХЭ вытеснила лапаротомию в лечении как хронического, так и острого холецистита, и стала основным методом его оперативного лечения [1, 12 — 14]. Если показания к проведению ИХГ во время выполнения открытой холецистэктомии определены, то дискуссия о ее необходимости во время ЛХЭ продолжается.

Многие авторы рекомендуют проводить ИХГ при каждой ЛХЭ [15, 16], другие — выполнять ее избирательно, по строгим показаниям, из-за сложности метода, увеличения продолжительности операции и ее стоимости [5, 7, 10, 12].

Однако ИХГ, по мнению многих авторов, позволяет выявить холедохолитиаз у 8 — 10% больных при его бессимптомном течении. В клиниках, где не выполняют ИХГ, высок риск не диагностировать холедохолитиаз [9, 15, 17]. Однако рентгенография не все-

гда позволяет получить полную картину, поэтому исследование следует проводить с помощью высококачественного аппарата, под контролем ЭОП.

Цель работы: усовершенствовать методику проведения ИХГ с применением ЭОП, установить показания к выполнению ИХГ во время ЛХЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2001 по 2008 г. в клинике оперированы 4863 больных, ЛХЭ выполнена у 4527 из них, открытая операция — у 289, холецистостомия — у 47. Возраст больных от 16 до 96 лет. По поводу острого холецистита оперированы 1553 больных, 3310 — в "холодном" периоде.

ИХГ выполнили у 321 (6,6%) больного, во время ЛХЭ — у 266 (5,9%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В клинике ИХГ во время ЛХЭ выполняют по строгим показаниям: при расширении ОЖП до 9 — 10 мм и более, наличии мелких камней в желчных протоках, желтухе, холангите, предположении о наличии холедохолитиаза, повреждении протока, нечеткости анатомических ориентиров. Такого же мнения придерживаются большинство авторов [5, 11, 12, 18, 19].

Метод ИХГ при ЛХЭ, в принципе, соответствует таковому при открытой холецистэктомии и достаточно хорошо описан. После визуализации пузырного протока через прокол в правом подреберье вводят троакар диаметром 3 мм и направляют его под острым углом к пузырному протоку. Через гильзу троакара проводят калиброванный по длине катетер диаметром 1,5 — 2 мм. Пузырный проток рассекают косо ножницами на 1/2 диаметра, предварительно наложив клипсу выше разреза. Ориентируясь на калибровку катетера, его вводят в пузырный проток, затем — в ОЖП (рис. 1), который промывают 0,25% теплым раствором новокаина. Калибровка катетера позволяет измерить длину ОЖП и определить расстояние до возможного препятствия. Катетер подтягивают, оставляя 3 — 4 см в ОЖП, фиксируют мягким зажимом, введенным через троакар под мечевидным отростком. Катетер можно фиксировать клипсой, сильно не зажимая ее. Стол возвращают в горизонтальное положение, извлекают инструменты, расположенные в зоне снимка. Медленно в течение 1 мин вводят контрастное вещество. Под контролем ЭОП выполняем холангиоскопию. Применение ЭОП позволяет проводить ис-

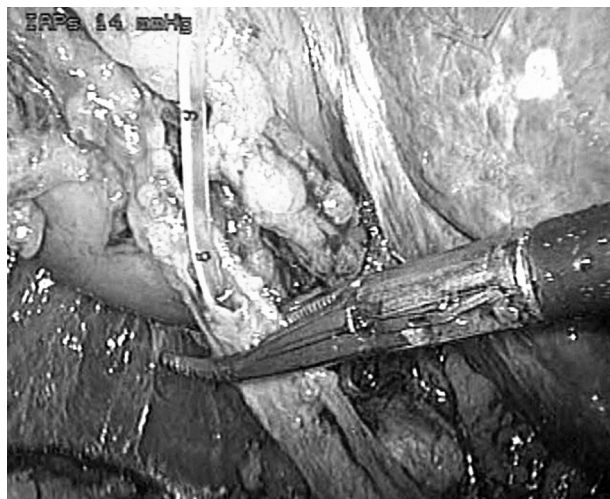


Рис. 1. Введение калиброванного катетера в ОЖП.

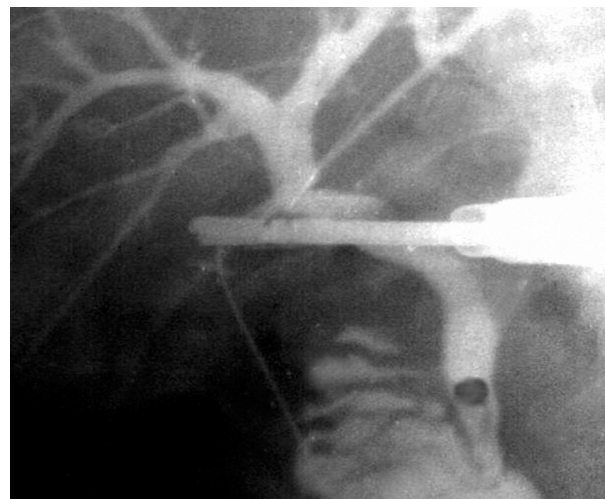


Рис. 2. Интраоперационная холангиограмма.

следование в динамике, дифференцировать спазм сфинктера Одди, иметь запись на цифровом носителе, значительно сократить процедуру исследования, максимально уменьшить частоту ложноположительных и ложноотрицательных результатов. При отсутствии ЭОП выполняют рентгенографию. Предпочтение отдают неионному низкоосмолярному контрастному препарату "Омнипак", применение которого не требует проведения пробы на переносимость. Предварительно вводят спазмолитики. Холедохолитиаз подтвержден у 58 больных, у 12 — ИХГ позволила выявить конкременты в ОЖП, которые до операции с помощью УЗИ не обнаружены (рис. 2).

Интраоперационная холецистохолангиография проще, однако неинформативна при "отключенном" ЖП, остром холецистите, а при наличии мелких конкрементов в ЖП может обусловить их миграцию в ОЖП. В нашей практике этот метод не применяли.

При отсутствии патологии в ОЖП катетер извлекают, пузырный проток клиппируют и выполняют типичную ЛХЭ. При наличии небольших конкрементов (диаметром 0,5 — 0,3 мм) их извлекают через культю пузырного протока с помощью петли Дормья или катетера Фогарти. При наличии мелких конкрементов выполняют баллонную дилатацию или эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) после операции, при наличии крупных конкрементов — эндоскопическую супрадуоденальную холедохотомию с зашиванием ОЖП на Т-образном дренаже.

По мнению некоторых авторов [6, 7, 20], мелкие конкременты при сохранении проходимости ОЖП можно не извлекать. Однако после операции ЭПСТ может оказаться технически невыполнимой. Конверсия и открытая холедохолитотомия выполнена при наличии множества крупных конкрементов.

Осложнений во время и после ИХГ не было. У 2 больных отмечена транзиторная амилаземия. Про-

должительность лечения больных в стационаре не увеличилась.

Таким образом, показаниями к проведению ИХГ при выполнении ЛХЭ являются: расширение ОЖП до 9 — 10 мм и более, наличие мелких камней в желчных протоках, желтуха, холангит, предположение о наличии холедохолитиаза, повреждения внепеченочных желчных протоков, нечеткость анатомических ориентиров. Применение ЭОП сокращает время выполнения процедуры и повышает качество исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каштальян М. А. Симультанні лапароскопічні операції при жовчнокам'яній хворобі в поєднанні з хірургічною патологією внутрішніх жіночих статевих органів: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 2002. — 20 с.
2. Курбанов К. М. Послеоперационный билиарный перитонит / К. М. Курбанов, Н. М. Даминава, Н. Д. Мухиддинов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2008. — Т. 167, № 4. — С. 77 — 80.
3. Выбор тактики, сроков и методов проведения операции при остром холецистите / Н. А. Кузнецов, В. С. Аронов, С. В. Харитонов [и др.] // Хирургия. — 2003. — №5. — С. 35 — 40.
4. Майстренко Н. А. Желчнокаменная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста: критерии выбора рациональной хирургической тактики / Н. А. Майстренко, В. С. Довганюк, А. А. Фектонин // Эндоск. хірургія. — 2007. — №1. — С. 122 — 123.
5. Діагностично—лікувальна тактика з використанням мініінвазивних технологій при механічній жовтяниці, зумовленій холедохолітіазом / М. Ю. Ничитайло, Ю. М. Захараш, П. В. Огородник, М. П. Захараш // Хірургія України. — 2008. — № 2 (26). — С. 5—13.
6. Hong D. F. Comparison of laparoscopic cholecystectomy combined with intraoperative endoscopic sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile duct for the cholecystocholedocholithiasis / D. F. Hong, Y. Xin, D. V. Chen // Surg. Endosc. — 2006. — Vol. 20. — P. 424—427.
7. Sorli L. Intraoperative cholangiography and bile duct injury / L. Sorli, R. Costi, L. Roncoroni // Ibid. — N 1.
8. Думанський Ю. В. Стандартизація алгоритмів ультразвукового дослідження у невідкладній абдомінальній хірургії /

- Ю. В. Думанський, М. В. Конькова, О. О. Юдін // Укр. журн. хірургії. — 2008. — № 1. — С. 21 — 25.
9. Paediatric cholecystectomy. Shifting goals posts in the laparoscopic era / S. Chan, J. Currie, Al. Malik, A.A. Mahomed // Surg. Endosc. — 2008. — Vol. 25. — P. 1392 — 1395.
10. Use of the laparoscopic—endoscopic approach, the so-called "rendezvous" technique in cholecystocholedocholithiasis / F. Lella, F. Bagnolo, C. Rebuffat [et al.] // Ibid. — 2006. — Vol. 20. — P. 419 — 423.
11. Recognition and management of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy / B. N. Thomson, M. J. Cullinan, S. W. Banting, N. A. Collier // A. N. Z. J. Surg. — 2003. — Vol. 73. — P. 183 — 188.
12. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. — К.: Макком, 2006. — 344 с.
13. Влияние операции холецистэктомии на моторику органов желудочно—кишечного тракта / В. С. Савельев, М. С. Могамедов, В. И. Ревякин [и др.] // Эндоск. хірургія. — 2007. — № 3. — С. 32 — 38.
14. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: primary and long—term from a single institution / J. Kazvonen, R. Gullichsen, S. Jaine [et al.] // Surg. Endosc. — 2007. — Vol. 21, N 7. — P. 1067 — 1073.
15. Does routine intraoperative cholangiography prevent bile duct transaction? / E Debru, A. Dawson, S. Leibman [et al.] // Ibid. — 2005. [epub ahead of print].
16. Fstzgobbons R. S. Laparoscopic surgery and the common bile duct/ R. S. Fstzgobbons, G. G. Gardner // World J. Surg. — 2002. — Vol. 25. — P. 1317 — 1324.
17. Ameus A. Laparoscopic approach as primary treatment of common bile duct stones in children / A. Ameus, A. A. Mahomed // J. Pediatr. Surg. — 2006. — Vol. 41. — P. 460.
18. Эндохирургическая коррекция острого холецистита и его протоковых осложнений / С. Г. Шорох, Г. П. Шорох, В. В. Седун, И. Я. Якута // Эндоск. хірургія. — 2006. — № 2. — С. 155.
19. Needle—knife assisted ERCP / R. Gullichsen, M. Lavonius, S. Laine, J. Gronroos // Surg. Endosc. — 2005. — Vol. 19, N 9. — P. 1243 — 1245.
20. Stromberg C. Stone clearance and risk factors for failure in laparoscopic transcystic exploration of the common bile duct / C. Stromberg, M. Nikon, C.—E. Leijonmark // Ibid. — 2008. — Vol. 22. — P. 1194— 1199.

